Suppl. 59829/3

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b2874651x

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 3 *mai* 1838,

Par FRANÇOIS MAIGNE, de Brioude
(Haute-Loire).

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Ce,
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, Examinateur. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	.....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Président. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD, Examinateur.
GUILLOT.
MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
REQUIN.
ROBERT, Examinateur.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

A MA MÈRE,

A MA PAUVRE SŒUR.

Ils n'ont fait que passer !

Regrets et vénération.

A MES FRÈRES, BEAU-FRÈRE ET NIÈCE.

Puisse enfin luire pour eux le jour du calme, je n'ose dire du bonheur !

F. MAIGNE.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I. — Du saut tangentiel dans l'homme et les animaux.

II. — Quel est le mode de distribution des nerfs dans le tissu charnu de la langue et à la surface de cet organe?

III. — Quels sont les symptômes, les terminaisons et le traitement de l'épanchement de liquides dans l'abdomen?

IV. — Des ablutions d'eau froide dans le traitement de la rougeole, de la scarlatine et de la variole; apprécier l'opportunité de leur emploi, leur mode d'action et leur valeur thérapeutique.

I.

Du saut tangentiel dans l'homme et les animaux.

C'est en vain que dans les ouvrages de Borelli, de Barthez, de MM. les professeurs Adelon, Richerand et Gerdy j'ai cherché, aux articles relatifs au saut, la définition du saut tangentiel. Ce dernier mot ne s'y trouve même pas. Admettant que le saut est le résultat d'une force centrifuge, produite par la rotation de la cuisse sur la jambe, et de celle-ci sur le talon, Dumas dit, dans ses *Principes de physiologie*, t. IV, pag. 272 et suiv. :« En vertu de cette force centrifuge, le corps tend à s'écarter du centre d'articulation de la jambe avec la

cuisse, selon la direction de la tangente de l'arc qu'il décrit autour de ce centre. »Mais là se borne tout ce qu'il dit de cette direction tangentielle. Dans sa *Physique médicale*, M. le professeur Pelletan a consacré deux pages à cette variété du saut, sans en donner la définition. Cependant je crois qu'il nomme saut tangentiel ce que les auteurs déjà cités appellent *motus per lineam parabolicam proximè*, saut oblique, saut horizontal; me fondant pour établir ce rapprochement, sur ce que à ces dénominations diverses se rapportent les différentes descriptions du saut des mêmes animaux.

Il n'entre point dans mon but de comparer les diverses théories émises sur le saut : je dirai seulement en peu de mots, le mécanisme de cet acte, tel que j'ai pu le concevoir d'après la lecture de divers ouvrages.

Chez l'homme, le saut résulte 1° de ce que les membres inférieurs et souvent le tronc préliminairement fléchis sont brusquement redressés; 2° de ce que les pieds ne pouvant s'étendre par en bas, à cause de la résistance du sol, le redressement s'opère exclusivement par en haut, et donne à l'animal une impulsion ascensionnelle que produisent les diverses forces ascensionnelles communiquées successivement par les leviers inférieurs aux leviers supérieurs. L'extension du tronc a lieu par la contraction volontaire de ses muscles, comme celle d'un arc par l'élasticité de son ressort, et les membres inférieurs se meuvent par rotation autour d'un axe transversal. Chaque brisure reçoit de son inférieure et donne à celle qui lui est supérieure une impulsion en sens inverses de celle qui l'anime; ces brisures se mouvant comme un système composé de deux leviers du troisième genre.

Dans le saut vertical, il n'est pas indispensable que le tronc soit fléchi; le corps suit dans sa chute la même ligne qu'il a parcourue dans son ascension; il n'y a alors qu'une résultante ascensionnelle verticale. Dans le saut tangentiel, la flexion du tronc en avant ou en arrière, suivant la direction que l'on veut prendre, est indispensable pour dévier de la verticale le centre de gravité; le corps décrit une

parabole en vertu de deux forces, l'une ascensionnelle verticale, l'autre de projection horizontale, indépendamment de sa pesanteur.

C'est au saut tangentiel qu'il faut rapporter, je pense, le mouvement de l'homme qui franchit un obstacle. La course précédant le saut en augmente l'amplitude, par l'impulsion qu'elle a donnée au corps; mais avant le commencement du saut, il y a un temps d'arrêt pour que la flexion préliminairement nécessaire puisse s'opérer.

Le saut tangentiel s'exécute chez les animaux d'après le mécanisme précédemment exposé. Les uns se contournent en cercle; le ciron par l'une de ses faces; le saumon, la truite, sur l'un des côtés de leur corps, puis se redressent brusquement; ceux-ci prenant un point d'appui sur le liquide dans lequel ils vivent. Les batraciens, les sauriens sautent comme les quadrupèdes, sauf la différence qu'apporte dans l'amplitude du saut la différence de longueur des membres. La puce, que les Arabes ont nommée le père du saut, les sauterelles, dont Swamerdam dit que la hauteur du saut est à la longueur de leurs membres comme 200 est à 1, exécutent un saut tangentiel, de même que les lapins, les lièvres, dont la marche sur un plan horizontal n'est qu'une succession de sauts. Au saut tangentiel se rapportent aussi le galop du cheval, le mouvement de cet animal, qu'on a nommé saut de mouton, et qui, s'exécutant, non d'arrière en avant, mais de droite à gauche, ou de gauche à droite, désarçonne très-facilement le cavalier inattentif.

La hauteur du saut est en rapport direct avec la longueur des leviers, et en outre, chez les animaux pourvus de membres antérieurs et de membres postérieurs, en raison de l'excès de longueur du train postérieur sur le train antérieur.

II.

Quel est le mode de distribution des nerfs dans le tissu charnu de la langue et à la surface de cet organe?

Le mode de distribution des nerfs, dans le tissu charnu de la langue et à la surface de cet organe, est connu et a été signalé depuis longtemps. Galien, traitant de la structure des mouvements de la langue (*De usu partium*, lib. XI, p. 189), s'exprime ainsi : « Pari modo enim « et duas habuit in seipsâ..... ac nervorum conjugationes duas, alteram « quidem mollem, alteram duram : illam quidem in extremam ipsius « tunicam distributam, hanc autem in musculos dispersam; » puis il explique les usages respectifs de ces nerfs, qu'il avait déjà signalés au livre *De dissectione nervorum*, p. 54.

Les auteurs modernes décrivent, et l'on peut suivre dans la langue trois paires de nerfs, qui sont : la cinquième paire, représentée par le lingual, la corde du tympan et un rameau anastomotique du dentaire inférieur; le nerf glosso-pharyngien, et le nerf grand hypoglosse.

1° Renforcé par la corde du tympan, que M. le professeur Cruveilhier dit pouvoir être considérée comme une de ses racines, et par un rameau du dentaire inférieur, le nerf lingual, arrivé à la paroi inférieure de la cavité buccale, marche entre la glande sous-maxillaire et la muqueuse de la bouche, au-dessus du muscle mylo-hyoïdien. Passant au-dessous de la glande sublinguale, qu'il croise de dehors en dedans, ce nerf monte et se divise sous la couche charnue de la langue, en filets dont les externes vont, contournant le bord de cet organe en dehors et en haut, se distribuer dans la membrane papillaire des parties latérales et supérieures. Les rameaux internes traversent les muscles linguaux, pour s'épanouir en pinceaux, dont les filaments peuvent être suivis jusque dans les petites papilles filiformes qui, occupant la partie antérieure et les bords de la langue, sont les plus

nombreuses, et jusque dans les papilles fungiformes, moins nombreuses et éparses entre les précédentes. Les papilles fungiformes occupent exclusivement l'extrême pointe de la langue; ce qui est facile à vérifier, en provoquant par la mastication d'un met excitant l'érection particulière de ces petits organes. Ces diverses papilles ne se rencontrent formées par un lacis de filets du nerf lingual et de vaisseaux sanguins, qu'aux parties antérieure, latérale et supérieure de la langue. Outre les filets du lingual déjà décrits, il en est quelques-uns qui, vers le bord antérieur du muscle hyoglosse, forment une anastomose avec des filets du grand hypoglosse, et un dernier, qui, en filet terminal, va se perdre dans les papilles de la pointe de la langue.

2° Le nerf glosso-pharyngien arrivé près de la base de la langue, se divise en filets supérieurs qui se rendent à la muqueuse de cette partie, aux papilles lenticulaires ou glandes mucipares qu'on y remarque, et, suivant M. H. Cloquet, au muscle glosso-staphylin; en filets inférieurs, dont les uns se distribuent dans l'extrémité hyoïdienne de l'hyoglosse et les replis glosso-épiglottiques, dont les autres, traversant les fibres charnues de la langue, se répandent dans la muqueuse et les follicules mucipares de la base, plus en avant que les filets supérieurs. Les plus internes vont de dehors en dedans vers la ligne médiane, tandis que les externes longent les bords de la langue.

3° Se dégageant de dessous la glande sous-maxillaire, le nerf grand hypoglosse s'applique contre le muscle hyoglosse où il est aplati, et au bord antérieur duquel il forme, avec des filets du lingual, l'anastomose déjà signalée. Après avoir fourni des filets à l'hyoglosse, au stylo-glosse, ce nerf s'enfonce dans le génio-glosse, aux fibres duquel il donne aussi des filets nerveux, puis va se perdre en irradiant dans les linguaux vertical, transverse, profond et superficiel. Ce nerf est donc exclusivement destiné aux muscles, tandis que des deux précédents, le lingual se distribue aux papilles, et le nerf glosso-pharyngien aux follicules mucipares de cet organe.

III.

Quels sont les symptômes, les terminaisons et le traitement de l'épanchement de liquides dans l'abdomen?

Je nommerai *épanchement de liquide dans l'abdomen*, toute collection de liquide, morbide et non circonscrite dans la cavité péritonéale, me fondant 1° sur ce que, en dehors du péritoine, il n'est pas de cavité proprement dite, et que dès lors les liquides qui s'extravasent y sont plutôt infiltrés qu'épanchés; 2° sur ce que les auteurs n'appellent *plaies pénétrantes de l'abdomen* que celles qui ont traversé le péritoine.

I. ÉPANCHEMENTS PAR DIVISION DE VAISSEAUX OU RÉSERVOIRS.

A. *Par division de vaisseaux ou réservoirs normaux.*

1° *Épanchements de sang.* — Lorsque le sang s'épanche d'un gros tronc artériel, le chirurgien arrive rarement avant la mort qui survient alors par hémorrhagie foudroyante, et la thérapeutique, jusqu'à présent, a été sans puissance contre ce terrible accident. Dans certains cas, l'épanchement de sang n'est qu'un épiphénomène sans symptôme particulier, d'une maladie toujours grave par elle-même; c'est ce qu'on observe dans la péritonite hémorrhagique. Enfin, dans d'autres circonstances, les symptômes sont plus ou moins compliqués de phénomènes, tous effets d'une même cause et que nous ne devons pas étudier ici: telles sont les suites de blessures, d'opérations, etc.

Si, coulant abondamment, sans cependant produire la mort, le sang ne rencontre pas d'adhérences péritonéales, il gagnera les parties les plus déclives, viendra former une tumeur avec des symptômes variables suivant le siége de celle-ci, et des symptômes communs à toute hémorrhagie. Chaleur douce dans l'abdomen, pâleur, faiblesse croissante du pouls, syncopes; formation d'une tumeur tantôt au-

dessus du pli inguinal, et alors appréciable par les sens, tantôt dans le petit bassin, et alors ténesme, envie factice d'uriner. Si, avant l'épanchement, il existe des adhérences dans la cavité péritonéale, elles limiteront le liquide suivant leur siége, entre le foie et le colon, ou entre le foie et l'estomac, ou entre celui-ci et le colon, etc.; alors pourront se manifester, outre les symptômes communs, de la constipation, du vomissement, etc. La première de ces deux hypothèses a été rarement réalisée, depuis le *Mémoire* de Petit fils sur les épanchements; car, le plus souvent, le sang s'épanche ou abondamment et amène la mort par hémorrhagie, ou en petite quantité, et alors on observe les symptômes suivants qu'on a divisés en primitifs et en consécutifs.

Abstraction faite des phénomènes concomittants, blessures, opérations, etc., les symptômes primitifs sont nuls ou à peu près nuls; s'il en existe, ce sont ceux de la péritonite. Les symptômes consécutifs sont les mêmes indépendamment de la quantité de sang, se montrent rarement avant le troisième ou quatrième jour, mais bien au dixième ou douzième. A un sentiment de malaise succèdent des frissons irréguliers, de la soif, de l'inappétence; le pouls devient fréquent, la peau se sèche, et en même temps se dessinent les symptômes locaux. Sentiment de pesanteur dans l'abdomen, puis douleur fixe dans le point de l'épanchement qui devient le siége d'une tumeur chaude, dure et tendue. Outre ces phénomènes qui doivent faire présager la formation d'un abcès, on peut voir aussi se développer ceux d'une péritonite plus ou moins intense et rapide dans sa marche. Abandonnée à elle-même, la maladie continue ses progrès, l'abcès se ramollit, devient fluctuant, tandis que la péritonite, par les désordres généraux et locaux qu'elle cause, pousse le patient à la tombe.

Terminaisons. — Lorsque la mort est subite, le sang reste diffus dans l'abdomen. Le malade, une fois revenu de ses syncopes, dans les cas d'épanchement abondant non mortel; les symptômes primitifs résultant de la compression d'organes persistent jusqu'à la naissance des symptômes consécutifs, qui indiquent un pronostic fâcheux, si l'art,

à cause de la situation même du liquide, ne peut atteindre le mal. Si la mort arrive quelques jours après l'épanchement, mais cependant avant le travail de suppuration, on trouve le sang coagulé vers l'ouverture du vaisseau divisé, formant une traînée jusqu'au foyer principal, dont une quantité variable de sérosité a été absorbée, laissant un caillot variable aussi dans son volume et sa consistance.

L'épanchement étant peu abondant, il peut se faire ou que le sang se coagule en totalité autour du point blessé, ou qu'une partie se coagulant, l'autre s'étale; et alors celle-ci sera promptement résorbée, pendant que celle-là disparaîtra tantôt entièrement aussi, tantôt sera réduite, au contraire, à sa partie la plus solide, qu'on a pu retrouver dans quelques cas, plusieurs mois et même vingt ans après l'épanchement, comme l'a constaté Pelletan dans sa *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 104 et 108. Il arrive aussi quelquefois que ce *coagulum* qui forme une partie ou la totalité de l'épanchement, déterminant autour de lui une inflammation adhésive, est bientôt circonscrit; puis, à la période des symptômes consécutifs, il peut encore par un nouveau travail de la nature être résorbé ou suppurer, et dans ce dernier cas donner lieu à des phénomènes variables, suivant que la maladie est traitée convenablement ou livrée à elle-même. Si la résorption doit s'effectuer, la face interne du kyste exhale de la sérosité qui ramollit le caillot, en dissocie les molécules, les rendant ainsi plus facilement absorbables. Mais, dans quelques cas, cette sérosité, trop abondamment exhalée, a rompu le kyste, s'est épanchée et a causé une inflammation du péritoine.

Lorsque le travail consécutif amène la suppuration du foyer, l'abcès, une fois formé, présente plusieurs modes de terminaisons. C'est ainsi que tantôt il s'est vidé au dehors à travers les parois de l'abdomen, tantôt dans une portion du tube digestif, tantôt enfin dans la cavité du péritoine; et, comme il est aisé de le concevoir, avec des chances plus heureuses dans le premier que dans les deux derniers cas.

Outre les terminaisons indiquées, il est des cas rares où probable-

ment, en raison de l'idiosyncrasie des individus, le sang épanché a produit primitivement une péritonite générale mortelle.

Traitement. — On doit, dans tous les cas, lier les vaisseaux si cela est possible, ou les comprimer par les moyens appropriés, fermer la plaie sans la sonder. Lorsque, sans être inévitablement mortel, l'épanchement est abondant, on doit ordonner le repos le plus absolu; recourir aux saignées générales et locales plus ou moins répétées, suivant l'état du sujet; promener sur l'abdomen des ventouses superficiellement scarifiées; vider le gros intestin, la vessie; administrer des boissons acidules fraîches, puis des opiacés pour combattre la douleur, qui est un *stimulus* d'hémorrhagie et de phlegmasie. Dans les cas d'épanchement médiocre, le traitement repose sur les mêmes bases, mais il veut moins d'énergie : bien entendu que, dans tous les cas, le malade sera mis à une diète absolue.

Lorsque paraîtront les accidents consécutifs, on combattra la péritonite, puis, si le foyer est à la portée des instruments, on devra sans délai en pratiquer l'ouverture, comme l'ont fait Cabrol le premier, et, après lui, Vacher, Petit, Garengeot et tous les praticiens instruits. L'abcès étant ouvert, les uns ont fait dans sa cavité des injections émollientes, détersives, tandis que d'autres se sont bornés à un pansement simple, permettant l'issue facile du pus. Quoiqu'il en soit, ses parois s'affaissent et adhèrent insensiblement l'une à l'autre.

On ne connaît point de cas bien constatés d'épanchements de lymphe ou de chyle dans l'abdomen.

2° Les épanchements de bile sont réputés mortels par tous les auteurs, et s'annoncent par tous les phénomènes d'une péritonite suraiguë. Si ce liquide sortait par la plaie extérieure, il faudrait agrandir celle-ci; s'il s'épanchait, au contraire, en assez grande quantité pour former saillie, on devrait pratiquer une incision sur cette tumeur, dont on pourrait reconnaître la nature à son apparition brusque, précédée d'une douleur atroce dans l'hypocondre droit, à la direction de la blessure et à l'absence de signes indiquant une autre lésion.

3° Les épanchements d'urine quoique très-graves aussi s'accompagnent néanmoins, dans quelques cas, de circonstances qui laissent plus d'espoir d'une terminaison heureuse, et qui se tirent de la situation de la plaie, cause de ces épanchements. Du reste, mêmes symptômes de péritonite aiguë, si ce n'est le point de départ de la douleur, sortie de l'urine par la plaie extérieure. Agrandir celle-ci, y maintenir une mèche conductrice du liquide épanché, placer une sonde à demeure dans la vessie si elle est facilement supportée, sonder souvent, dans le cas contraire, donner issue à l'urine formant collection, combattre les accidents inflammatoires : telles sont les indications à remplir.

4° Les matières alimentaires épanchées dans l'abdomen donnent lieu le plus souvent aussi à une péritonite promptement mortelle, et dans ces derniers cas le malade succombe, ou en quelques heures, par épuisement nerveux, effet de l'atrocité des douleurs, ou en quelques jours, aux progrès de la péritonite aiguë. Dans quelques cas rares, il n'en résulte qu'une irritation sourde à marche lente, à symptômes peu tranchés, à douleur obtuse ; il y a, en un mot, péritonite chronique, conduisant insensiblement au marasme et à la mort. Comme dans les cas précédents, combattre les accidents inflammatoires, et si les matières formaient un foyer à la portée des moyens chirurgicaux, il faudrait leur procurer une issue.

5° On ne peut guère apprécier l'action du liquide amniotique épanché par suite de rupture de l'utérus, ou d'une opération césarienne, puisqu'il y a en même temps épanchement de sang et blessure d'organes.

B. *Épanchements par division de réservoirs morbides.*

1° *Hydatides.* — Les anciens observateurs ont cru que l'ascite dépendait presque toujours de l'épanchement du liquide d'hydatides rompues; mais ces cas sont très-rares. La saveur nulle ou douceâtre de ce fluide doit porter à penser que son contact avec le péritoine ne

causera pas d'accidents graves. Du reste, de même que dans les cas de rupture de kystes séreux et de foyers purulents, le diagnostic sera essentiellement obscur, à moins qu'on ait constaté l'existence de ces lésions avant la formation des épanchements, et que nulle autre cause ne puisse expliquer les phénomènes qui surgiront.

2° On peut appliquer, aux épanchements des liquides de kystes séreux ou de grossesse extra-utérine, ce qui a précédemment été dit des divers liquides avec lesquels ils présenteraient de l'analogie.

3° Moins irritants que ceux d'urine, de bile, de matières alimentaires, les épanchements de matière tuberculeuse ramollie, de pus provenant de la rupture d'un abcès, le sont plus que ceux de sang et amènent plus souvent que ce dernier une péritonite aiguë. Diffus, on traitera la péritonite; circonscrits, ils peuvent offrir les diverses terminaisons des foyers sanguins passés à l'état purulent, et doivent être traités de même.

II. ÉPANCHEMENTS SANS DIVISION DE VAISSEAUX.

A. *Épanchements dus, soit à une augmentation d'exhalation, soit à une diminution d'énergie de l'absorption : Ascite.*

Ascite. — On a donné ce nom à l'épanchement de sérosité dans l'abdomen; la marche et les progrès en sont ordinairement lents. Le malade éprouve d'abord un sentiment de gêne, de pesanteur dans l'abdomen, dont le volume augmente insensiblement. Les intestins refoulés par le liquide sont troublés dans leurs fonctions, de là des borborygmes, des digestions pénibles. Les urines diminuent, la soif augmente, quelquefois œdème des malléoles, la peau devient sèche, prend un aspect terreux; la face est bouffie, la respiration gênée, le pouls petit, fuyant sous le doigt; alors surviennent les assoupissements, les lipothymies. L'exploration de l'abdomen fait constater l'élargissement des flancs, la proéminence de la partie médiane antérieure, la transparence de l'abdomen chez quelques enfants dont la

peau est mince et fine, la résonnance tympanique en haut et en avant, la matité humorique en bas et sur les côtés, enfin la fluctuation.

Terminaisons. — Il est des cas de guérison plus ou moins rapide et spontanée de l'hydropisie ascite. Le volume du ventre, resté stationnaire pendant quelque temps, finit par diminuer insensiblement pendant que les fonctions reviennent aussi à leur type normal. Les auteurs citent des cas où la disparition de l'ascite s'est effectuée pendant ou après une abondante excrétion urinaire, une diarrhée séreuse, des sueurs copieuses, et d'autres où, en même temps que disparaissait l'ascite, se manifestaient les symptômes d'un épanchement ventriculaire ou périphérique du cerveau, constaté après la mort. La guérison a quelquefois été due à une rupture spontanée des parois abdominales; et Rousset, cité par M. Blandin, rapporte qu'un hydropique recouvra la santé après avoir reçu un coup d'épée à l'abdomen suivi de la sortie du liquide. Tandis que quelquefois une inflammation aiguë du péritoine vient précipiter la terminaison fatale, on voit, dans d'autres cas, des malades succomber asphyxiés ou victimes d'une hémorrhagie cérébrale.

Traitement. — L'ascite idiopathique, si toutefois il en existe, cédera facilement aux antiphlogistiques si elle est récente, et aux diurétiques et légers révulsifs si elle est ancienne. On peut, dans celle qui est due à une péritonite chronique, fonder quelque espoir dans une diététique bien ordonnée, dans l'usage des révulsifs internes et externes, les excitants des organes sécréteurs de l'urine, de la sueur.

Mais que feront tous ces moyens unis même aux drastiques, aux toniques, aux frictions mercurielles, au calomel, aux bains de sable, etc., contre les dégénérescences du foie, de l'ovaire, contre les oblitérations des gros troncs veineux, les affections organiques du cœur, etc., causes si fréquentes de l'ascite, qu'il est rare aujourd'hui, depuis les recherches de M. le professeur Bouillaud, d'en trouver un cas qui ne soit dû à l'une d'elles. Des onctions narcotiques ou l'application

de quelques sangsues combattent assez efficacement les douleurs qui se manifestent de temps à autre sur un point de l'abdomen, pendant le cours de l'ascite.

Employée d'abord en Angleterre, puis en France par MM. Husson, Récamier, Bricheteau, etc., la compression au moyen d'un bandage simple ou lacé compte quelques succès; mais il est des malades à qui elle cause une dyspnée fâcheuse, et d'autres chez qui elle développe des douleurs, prodromes de la péritonite.

M. Lhomme, de Château-Thierry, a proposé des injections de vapeurs vineuses après la ponction; mais la crainte de les voir susciter l'inflammation du péritoine les a fait rejeter.

Après l'insuccès des moyens que l'usage a consacrés, lorsque la quantité de liquide cause une distention douloureuse de l'abdomen et une dyspnée insupportable, on peut recourir à la paracenthèse qui, si elle ne guérit pas, soulage toujours, mais n'est pas non plus sans inconvénients. L'état de grossesse modifie cette opération, quant au point où on la pratique; c'est ainsi que Scarpa opérait au bas et en avant des fausses côtes gauches, d'après M. Ollivier, d'Angers, qui préfère porter l'instrument sur la région ombilicale, lorsqu'elle est saillante et sans exomphale.

B. *Épanchement dû à une sécrétion morbide.*

Pus. — L'épanchement de pus, comme effet de péritonite, s'annonce ordinairement par les symptômes suivants : diminution de la douleur et des phénomènes généraux; frissons vagues et irréguliers; pouls plus lent, mou; visage pâle, terreux; refroidissement des extrémités; fluctuation obscure dans l'abdomen. Il peut se faire que le pus reste diffus, et qu'alors la maladie, continuant ses progrès, se termine par la mort, ou qu'il s'amasse en foyer. Dans ce dernier cas, la mort peut-être encore enlèvera le malade, dont la constitution est trop détériorée, ou l'abcès affectant une des terminaisons déjà indiquées réclamera les moyens thérapeutiques déjà aussi énumérés. Lorsque la suppuration

s'annonce, il n'est guères possible, dans l'état actuel de la science, d'en arrêter la formation, et l'on ne peut que continuer les moyens dirigés contre la péritonite.

IV.

Des ablutions d'eau froide dans le traitement de la rougeole, de la scarlatine et de la variole; apprécier l'opportunité de leur emploi, leur mode d'action et leur valeur thérapeutique.

Les auteurs qui définissent le mot ablution en font un synonyme de lotion, disant que la première de ces expressions est consacrée à désigner certaines pratiques religieuses, tandis que l'autre est plutôt employée en médecine.

En parcourant quelques ouvrages où a été étudiée l'action thérapeutique de l'eau froide, j'ai vu que les auteurs employaient indistinctement les mots affusion, lotion et très-rarement celui d'ablution. Partant de ces remarques, je regarderai comme synonymes les termes lotions et ablutions, et n'établirai entre ces moyens et les affusions qu'une distinction du moins au plus; en sorte que ce que je dirai des unes, s'appliquera aux autres, en tenant compte toutefois des degrès divers de leur action.

Suivant les commentateurs d'Hippocrate, ce père de la médecine aurait employé les affusions d'eau froide, dans le traitement des fièvres graves. D'après Leclerc, Antonius Musa aurait par leur emploi, guéri Auguste d'une maladie grave, contre laquelle avaient échoué tous les moyens; Marcellus, au contraire, soumis au même agent thérapeutique, aurait succombé victime de leur action; et si, pour la guérison du César, Musa fut comblé d'honneurs, il fut en revanche, accusé d'avoir fait périr le jeune prince.

Les Arabes ne paraissent pas avoir employé les affusions ou ablu-

tions froides. Mises en usage par Hahn en 1737, dans une épidémie de fièvre *ataxo-adynamique*, à Breslau; par Samoëlowitz dans la peste de Moscou en 1777, elles sont, dit Kœmpfer (1712), constamment employées avec succès dans le traitement de la rougeole, par les médecins de Java et de Batavia. Edwards Ives, chirurgien anglais qui a longtemps habité le Bengale, raconte que dans l'Indostan, où l'inoculation paraît remonter au delà de l'ère chrétienne, les lotions d'eau froide sont journellement employées. Dès qu'un individu est inoculé, on le met à la diète, à l'usage des boissons froides, et on le baigne dans l'eau froide trois fois le jour. Lorsque paraît la fièvre d'invasion, on abandonne les bains froids; le deuxième jour de l'éruption, on lave tout le corps avec de l'eau froide deux ou trois fois par jour. Le docteur Rush, à Philadelphie, proscrit les cataplasmes, ordonne des lotions froides sur la tumeur qui survient quelquefois au bras, huit à neuf jours après l'inoculation; se louant de ces lotions qui dissipent la tumeur en vingt-quatre heures, et auxquelles il a été conduit par l'habitude qu'ont les vieilles femmes de laver ainsi les yeux des varioleux. Ces deux dernières narrations se trouvent dans les notes ajoutées aux *Éléments de médecine pratique* de Cullen (1785, t. 1, p. 386).

De l'Indostan, cette méthode a passé en Ecosse. Currie, content des succès qu'il en obtenait dans les fièvres pétéchiales (1794), fut conduit à l'appliquer au traitement de la variole, et obtint des succès. Je dois dire, ajoute-t-il, « que toutes les fois que j'ai pratiqué les affusions froides pendant la fièvre éruptive, quelque graves que se trouvassent les symptômes, ils disparurent sur-le-champ, et la maladie prit un meilleur aspect. » Gérard, médecin à Liverpool (1796), a aussi mis en usage les affusions froides dans la scarlatine. Il les faisait précéder d'un éméto-cathartique, et suivre de l'administration de vin chaud ou d'un bain chaud; mais ces observations, citées par Giannini, ne m'ont paru rien moins que probantes, car rien n'indiquait que dans ces cas il y eut scarlatine.

Dans ses *Éléments de médecine pratique* traduits par Bosquillon, 1785, t. 1, p. 386, Cullen dit, à l'article VARIOLE, que l'application

continuée du froid peut être nuisible, lorsqu'on ne fait aucun exercice, et il a vu, lorsque les pustules étaient nombreuses, les boissons acidules froides produire la mort.

Dans son *Traité sur la nature des fièvres* traduit par N. Heurteloup, Giannini préconise beaucoup l'emploi de l'eau froide en affusions, lotions et bains, contre les fièvres graves, la variole, la rougeole, la scarlatine, et même voudrait-il qu'on en fît l'essai dans la fièvre qu'il appelle *vénérienne.* Après avoir cité des observations de Currie, cet auteur ajoute : « l'analogie la plus parfaite doit porter à croire que la rougeole trouvera, comme la scarlatine, son vrai remède dans les affusions ou immersions froides. Il existe, dit-il, une maladie contagieuse et des symptômes qu'elle produit; il faut, par conséquent, attaquer l'une et dissiper les autres; or, les immersions dans l'eau froide, employées dès le début, peuvent préserver de la variole, et dans les temps ultérieurs elles sont le meilleur palliatif. Elles doivent remplacer, dit-il encore (p. 287), la saignée contre-indiquée dans la période de suppuration. » Il cite quelques cas à l'appui de ces propositions, et M. Heurteloup, dans sa traduction, rapporte des observations constatant les succès de Giannini dans le traitement de la scarlatine par les affusions d'eau froide.

Batteman (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, 1820) ne dit rien des affusions dans la rougeole et la variole, qui soit basé sur son expérience personnelle; mais des docteurs de Plymouth, ses amis, lui ont communiqué des observations constatant l'efficacité de ces moyens. A l'article SCARLATINE, il dit que l'eau froide est non-seulement le fébrifuge le plus efficace, mais, dans le fait, le seul sudorifique, le seul calmant qui ne trompera pas l'attente du praticien dans ces circonstances. Vingt ans de pratique l'ont confirmé dans cette opinion, et il blâme les praticiens qui, traitant d'essai cette méthode, répètent les ridicules hypothèses sur la répercussion de la matière morbide. « Stranger, dit-il, a aussi obtenu des succès chez les enfants trouvés, et il faut recourir aux affusions toutes les fois que la peau est brûlante et sèche. »

Dans la *Revue médicale* d'avril 1829, p. 127, on trouve l'analyse d'un Mémoire de M. Thaer, médecin prussien, qui dit avoir employé avec succès les lotions d'eau froide dans une épidémie de rougeole compliquée de pneumonie et d'encéphalite, résistant le plus généralement aux antiphlogistiques et autres moyens thérapeutiques. De 121 petits malades, 53 ne furent pas lavés, et il en mourut 11 ; 68 furent soumis à l'usage des lotions, et il n'en périt qu'un seul. On y avait recours lorsque la température du corps dépassait 29° ½ R., c'est-à-dire, lorsque le malade avait de l'agitation, l'haleine courte; et l'eau, d'autant plus froide que la température du corps était plus élevée, a été employée depuis 26° + 0 jusqu'à 1° ½ + 0, tandis que Currie voulait une température de 12 à 15° + 0. La durée des lotions a varié de quatre à huit minutes, celle des bains plus fréquemment employés, de une demi-minute à une minute, jusqu'à de six à huit minutes, comme on peut le voir dans le tableau de Frolich, dont se servait le médecin prussien. Les enfants lavés étaient guéris en huit jours; la desquamation plus faible et plus rapide, les convalescents pouvaient s'exposer impunément à l'air libre, malgré des restes de toux ; à son début, l'affection pulmonaire guérissait sans expectoration ; avancée, d'abondantes expectorations suivaient l'emploi des lotions.

Après avoir dit qu'un médecin de Nassen, en Saxe, cite plusieurs faits pour justifier l'emploi des ablutions froides dans les fièvres éruptives, M. Jolly (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. I) ajoute qu'en France les praticiens se sont montrés plus réservés, qu'en cela peut-être ont-ils été plus sages, puisqu'il ne suffit pas de quelques succès pour justifier l'emploi de ces affusions, qu'il regarde comme rarement nécessaires, fort infidèles et très-dangereuses; leur préférant le bain chaud pour favoriser l'éruption.

M. Guersent (*Dict.* en 25 vol., t. I) paraît moins éloigné de l'opinion des médecins étrangers, sans cependant l'adopter entièrement. « Moyen héroïque, dit-il, si elles sont convenablement administrées et dirigées par une main habile et exercée; les affusions froides peuvent être mortelles, s'il ne s'ensuit aucune réaction, ou si elles s'accompagnent

de réactions violentes, semblables à des exacerbations prolongées. La plupart des rougeoles et des scarlatines simples guérissent très-bien par la méthode expectante. Quant à celles qui sont très-graves et souvent mortelles, elles sont compliquées dès leur origine de phlegmasies gastro-intestinale, pulmonaire ou cérébrale; or, l'expérience, quand le raisonnement ne l'indiquerait pas, prouve que la méthode réfrigérante ne convient pas, en général, dans les complications de pleurésie, pneumonie, entérite. Cette méthode est au contraire recommandable dans les rougeoles et scarlatines compliquées de simples bronchites ou de symptômes cérébraux. »

Suivant M. le professeur Rostan, nul médecin prudent et instruit n'osera ordonner les bains froids dans les exanthèmes fébriles, malgré les succès inespérés, obtenus par des médecins anglais.

Le professeur Alibert n'a point parlé des affusions froides dans son *Traité des dermatoses*. MM. Schedel et Cazenave, qui les ont vues employées deux fois sans succès et sans accident par M. Biett, en proscrivent formellement l'emploi dans la variole; mais on pourrait, disent-ils, y recourir dans la scarlatine, lorsque la peau est sèche et très-chaude.

Aux articles SCARLATINE et VARIOLE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* M. Rayer expose l'opinion de Batteman sans se prononcer: il ajoute qu'il a vu l'eau froide aggraver la laryngo-bronchite dans la variole.

Mode d'action. — On peut y reconnaître trois périodes: 1° impression du froid, saisissement général; la peau offre le phénomène qu'on nomme *chair de poule,* elle se resserre, pâlit, semble devenir plus dense; la face est pâle, ses traits s'effilent; le patient éprouve un resserrement fatiguant des mâchoires; la verge diminue de volume, ainsi que les membres qui paraissent plus fermes; les testicules se rétractent vers l'anneau; le pouls se ralentit et devient en même temps plus faible; le cœur semble enchaîné dans ses battements; le sang refoulé vers les organes intérieurs cause de la dyspnée; les respirations sont

plus fréquentes, incomplètes et comme sanglotantes, surtout chez les enfants dont la frayeur s'ajoute aux effets de l'affusion, à un tel point que souvent il faut cesser celle-ci. Les sécrétions sont diminuées, l'urine claire et ténue ressemble à celle des hystériques.

2° Souvent très-courte, la seconde période commence au moment où l'on cesse l'affusion. Le malaise, effet de l'impression du froid, disparaît; la respiration et la circulation se régularisent; la peau rougit et se couvre de moiteur; un calme général succédant à l'état de souffrance antécédente amène une tendance prononcée au sommeil, et le malade en se réveillant demande lui-même qu'on répète l'affusion.

3° A cette deuxième période succède, si on ne la prévient, la troisième période ou de réaction qui, suivant sa violence, peut n'être que désagréable ou au contraire dangereuse. On observe alors tous les symptômes d'une forte réaction, fréquence et force du pouls, peau rouge et chaude, figure injectée, yeux brillants, etc.

Tel est le mode d'action des affusions d'eau froide dans l'état physiologique. Mais lorsqu'il y a rougeole, scarlatine ou variole, compliquées ou non d'affections pulmonaire, gastro-intestinale ou cérébrale, en est-il de même? N'y a-t-il pas danger d'augmenter les congestions internes ou de les produire? La théorie répond affirmativement; les médecins étrangers que j'ai cités repoussent, à l'exception de Cullen, les doutes et les craintes que j'émets après d'autres.

Regardées par les uns comme appartenant à la médication perturbatrice, par ceux-là comme débilitantes et sédatives, par ceux-ci comme toniques et stimulantes; les affusions d'eau froide, si leur action est répétée et si l'on modère la réaction, sont sédatives; elles sont stimulantes, si leur action est de peu de durée et si l'on ne cherche point à modérer la réaction.

Apprécier l'opportunité de leur emploi et leur valeur thérapeutique? Que puis-je dire, lorsque des praticiens riches de savoir et d'expérience n'osent se prononcer; lorsque je n'ai pour moi aucun fait, et qu'aucun de mes maîtres ne m'a appris à juger les questions qui me sont posées. J'ai pu, en effet, suivre à Clermont-Ferrand les cliniques

de l'Hôtel-Dieu ; à Paris, celles de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, de l'hôpital de la Faculté, les visites de l'hôpital des Enfants, et nulle part je n'ai pu voir employer les ablutions d'eau froide. Quel jugement, moi, si novice encore dans l'art si difficile de la médecine, dans la science de bien observer et de tirer de justes conséquences, puis-je porter entre la hardiesse, l'expérience des médecins allemands, anglais, etc., et la réserve, la non-expérience (dans cette matière) des médecins français ?

Ne faut-il pas, avant d'embrasser l'opinion des premiers, se rappeler que l'Allemagne est la patrie fidèle du mysticisme, qu'en Angleterre certaines médications, souvent inutiles ailleurs, opèrent constamment des cures merveilleuses ; et, avant de nous ranger au raisonnement de nos compatriotes, ne devons-nous pas hésiter devant les faits invoqués par les praticiens étrangers ? Je me tais, et attends que des faits bien observés et bien raisonnés viennent me prouver l'efficacité, entre des mains plus habiles que les miennes, des ablutions d'eau froide dans le traitement de la rougeole, de la scarlatine et de la variole, pour m'autoriser à user de ces agents thérapeutiques.